

## АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

1. ФИО ребенка \_\_\_\_\_  
Дата и год рождения ребенка \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_  
№ школы \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ »
  2. Номер свидетельства о рождении (паспорта) ребенка \_\_\_\_\_
  3. Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Дом. телефон \_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_  
Адрес прописки \_\_\_\_\_  
Моб. телефон участника \_\_\_\_\_
- Состав семьи (перечислить):
4. Фамилии, имена, отчества и контактные телефоны родителей (законных представителей): \_\_\_\_\_
  5. 1. ФИО \_\_\_\_\_ Тел. (моб) \_\_\_\_\_ (раб) \_\_\_\_\_
  6. 2. ФИО \_\_\_\_\_ Тел. (моб) \_\_\_\_\_ (раб) \_\_\_\_\_
  7. 3. ФИО \_\_\_\_\_ Тел. (моб) \_\_\_\_\_ (раб) \_\_\_\_\_
  7. E-mail и моб.тел. (в т.ч. для информации по отъезду/приезду группы, смс рассылки) \_\_\_\_\_
8. Разрешение на фото-, видео-съемку (в том числе для использования в рекламе): да \_\_\_ нет \_\_\_
  9. Разрешение на электронную рассылку (в т.ч. для информации по отъезду/приезду группы, рекламная рассылка): да \_\_\_ нет \_\_\_

## МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

- хронические заболевания \_\_\_\_\_
- с какими болезнями лежал в больнице (указать дату) \_\_\_\_\_
- какие заболевания перенес за последние 12 мес. (с указанием даты) \_\_\_\_\_
- сколько раз за последние 12 мес. болел ОРЗ \_\_\_\_\_
- аллергические реакции (если были, указать: когда – даже единичный случай, начиная с рождения)  
- на что \_\_\_\_\_  
- как проявляется \_\_\_\_\_  
- когда был последний приступ \_\_\_\_\_  
- какие необходимы средства для снятия аллергии \_\_\_\_\_
- операции (если были, указать какие и дату) \_\_\_\_\_
- переломы (если были, указать какие и дату) \_\_\_\_\_
- сотрясение мозга (если было, указать степень и дату) \_\_\_\_\_
- есть ли необходимость в приеме каких-либо лекарств (если да, дать полную информацию, указать есть ли лекарства с собой) \_\_\_\_\_
- необходимость диеты (указать, какая) \_\_\_\_\_
- как переносит повышенную температуру тела \_\_\_\_\_
- бывают ли головные боли, боли в животе \_\_\_\_\_
- медицинская группа на занятиях физической культурой (подчеркнуть) *основная* *подготовительная* *специальная*
- укачивает ли в транспорте \_\_\_\_\_
- есть ли нарушения со стороны зрения (указать необходимость ношения очков) \_\_\_\_\_
- другие особенности \_\_\_\_\_

## ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

- перечислите 5 наиболее выраженных черт характера, присущих Вашему ребенку: \_\_\_\_\_
  - чем занимается с удовольствием? \_\_\_\_\_
  - чем не любит заниматься? \_\_\_\_\_
  - какая ситуация может оказаться трудной, стрессовой? \_\_\_\_\_
  - отношение к вещам (узнает ли свои вещи, теряет ли вещи) \_\_\_\_\_
  - способность к самообслуживанию (по 10-балльной шкале) \_\_\_\_\_ Какие действия нужно проконтролировать (подчеркнуть нужное): личная гигиена; переодеться, если мокро и холодно; сушка и уход за вещами; \_\_\_\_\_
  - с кем предпочитает общаться Ваш ребенок (с младшими, с ровесниками, со старшими). Есть ли трудности в общении? \_\_\_\_\_
  - каким образом можно убедить Вашего ребенка соблюдать правила и договоренности? \_\_\_\_\_
  - имеются ли вредные привычки (курение, употребление спиртных напитков)? \_\_\_\_\_
- Что еще Вы считаете необходимым рассказать о своем ребенке (чем больше деталей вы укажете, тем преподаватели и вожатые лучше его поймут и подберут к нему правильный подход) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Дата заполнения анкеты « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Анкету заполнил (а) \_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за заполнение нашей анкеты! Она поможет педагогам, инструкторам, врачу быстрее узнать Вашего ребенка и индивидуально решить возникающие вопросы, разделить с ним радости и победы, которых, безусловно, будет больше! Сведения, указанные в анкете, будут доступны начальнику лагеря, педагогам и инструкторам, работающим с участником, врачу.**